

TATIANA ARAÚJO FERNANDES

**ANÁLISE DOS PARTOS GEMELARES REALIZADOS NA
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
(HU/UFSC)**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

2000

TATIANA ARAÚJO FERNANDES

**ANÁLISE DOS PARTOS GEMELARES REALIZADOS NA
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
(HU/UFSC)**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Dr. Sérgio Murilo Steffens

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

2000

Fernandes, Tatiana Araújo.
*Análise dos partos gemelares realizados na Maternidade do Hospital
Universitário (HU/UFSC).* Florianópolis, 2000.
30p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em Medicina – UFSC.

1. Gêmeos 2. Parto 3. Complicações na gravidez

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Pedro Jorge Fernandes, e minha mãe, Fátima Maria de Araújo, pelo estímulo constante aos estudos.

À minha irmã, Luciana Araújo Fernandes, por incentivar-me sempre a buscar o melhor aproveitamento deste curso de graduação.

À minha irmã, Liliana Araújo Fernandes, que, apesar de estar distante, é fonte permanente de incentivo, amor e carinho.

Em especial, ao professor Dr. Sérgio Murilo Steffens, pela dedicação e paciência dispensadas durante a orientação deste trabalho.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVO.....	05
3. MÉTODO.....	06
4. RESULTADOS.....	09
5. DISCUSSÃO.....	16
6. CONCLUSÃO.....	23
7. REFERÊNCIAS.....	24
NORMAS ADOTADAS.....	27
RESUMO.....	28
SUMMARY.....	29
APÊNDICE	30

1. INTRODUÇÃO

A gestação que cursa com a presença simultânea de dois conceitos no útero ou fora dele é denominada gemelar ou dupla e consiste na forma mais comum das gestações múltiplas. Estas, também são conhecidas como multifetais e podem ser classificadas de acordo com o número de conceitos gerados: gemelares, trigemelares, quadrigemelares, quintuplas e assim por diante¹.

As gestações gemelares podem ser classificadas biologicamente em duas categorias: dizigóticas ou monozigóticas. Os gêmeos dizigóticos ou fraternos, também chamados biovulares ou bivitelinos, ocorrem em cerca de 2/3 dos casos e são formados devido ao fenômeno da poliovulação. Neste fenômeno, existe liberação simultânea de dois ou mais óvulos por um ou ambos os ovários maternos, num mesmo ciclo ovariano, permitindo que mais de um deles seja fecundado, cada um por um espermatozóide². Assim, os gêmeos dizigóticos possuem cerca de 50% de identidade genética, têm semelhança equivalente à habitual entre irmãos não-gêmeos e podem ser do mesmo sexo ou não³. Cada um deles sempre apresenta membrana coriônica exclusiva e encontra-se em um âmnio separado, com placentas denominadas dicoriônico-diamnióticas⁴. Por outro lado, a gemelaridade monozigótica (gêmeos idênticos, uniovulares ou univitelinos) parece ser um evento aleatório resultante da fertilização de um só óvulo por um espermatozóide, e apresenta uma incidência relativamente constante que corresponde a 1/3 dos gemelares¹. O zigoto formado nos casos de monozigotia divide-se em fase precoce e origina dois ou mais embriões com o mesmo material genético e o mesmo sexo, podendo ter tipos diferentes de placenta, de acordo com a época em que ocorre tal divisão, sendo dicoriônico-diamnióticos em cerca de 1/3 dos casos, monocoriônicos e diamnióticos em 2/3

dos casos e, mais raramente, monocoriônicos e monoamnióticos³. As placentas monocoriônicas com frequência apresentam anastomoses entre as circulações fetoplacentárias, e quando elas são do tipo arteriovenosas, podem levar à maior transfusão em um dos sentidos, formando um gêmeo doador e outro receptor, que são considerados discordantes por apresentarem grandes assimetrias. Assim é estabelecida a síndrome de transfusão gêmeo-gemelar (STGG), muitas vezes relacionada com a morte de um ou ambos os fetos envolvidos.⁵

A incidência da gemelaridade vem aumentando neste século como resultado da tendência mundial das mulheres engravidarem em idades mais avançadas^{6,7} e também devido aos programas atuais de fertilização assistida^{2,3,6}. Este fato está associado principalmente ao aumento das gestações dizigóticas, já que a dizigotia varia de acordo com alguns fatores maternos^{2,8,9}. A progressão da idade materna, principalmente entre 35 e 39 anos^{1,4}, aumenta a dizigotia em decorrência da elevação dos níveis séricos femininos de FSH e LH¹⁰, que atingem um pico neste período e levam à poliovulação com uma maior frequência¹. Considerando-se a etnia, há maior incidência de gêmeos dizigóticos entre os africanos que na população ocidental¹, e observam-se menores índices entre os orientais⁴. A influência da hereditariedade também está relacionada apenas à dizigotia e esta propensão é herdada somente da mãe, porém, a natureza genética exata da herança ainda não é conhecida¹.

De acordo com o número de fetos, aproximadamente 1 em cada 80 gestações são duplas, 1 em cada 80² são triplas e 1 em cada 80³ são quádruplas, sendo mais raras quanto mais numerosas.⁴ Quando é considerada a prevalência apenas dos partos gemelares, essas taxas são mais baixas, tendo como principal causa os freqüentes abortamentos precoces de um dos gêmeos, de forma que ocorre cerca de 1 caso de gemelaridade em cada 100 partos. Porém, existem variações deste dado, que chega a atingir 4 a 5 em 100 partos na Nigéria, cerca

de 1,2 em 100 nos EUA e 0,67 em 100 no Japão³. Quando apenas a monozigotia é considerada, esses valores caem para 3,5 em 1000 partos^{8,10}.

A prenhez gemelar é considerada de risco elevado mesmo nos países desenvolvidos devido à sua grande contribuição para as estatísticas de morbimortalidade materna e especialmente fetal^{11,12}. O risco materno está associado a um maior índice de complicações obstétricas, como o trabalho de parto prematuro, polidrâmnio, ruptura prematura de membranas, pré-eclâmpsia, anemia, hiperemese, sangramentos pós-parto e hemorragias por descolamento prematuro de placenta ou placenta prévia^{13,14}. Quanto aos riscos fetais, a gravidez múltipla é responsável por cerca de 10% da mortalidade perinatal geral^{3,6,15}, com taxas que aumentam progressivamente com o maior número de fetos¹. Este risco decorre principalmente da prematuridade^{16,17}, que tem elevada frequência¹⁸ e muitas vezes resulta da sobredistensão uterina pela presença de mais de um concepto. A mortalidade perinatal dos monozigóticos é cerca de 2,5 vezes maior que a dos dizigóticos devido principalmente à STGG, que ocorre em cerca de 20% destes casos, mas também contribuem outras patologias que se associam com maior frequência à monozigotia: anomalias congênicas, gemelaridade imperfeita e patologias funiculares como nós ou entrelaçamentos de cordões². O baixo peso e extremo baixo peso ao nascimento correspondem ao segundo fator de risco perinatal, seguidos pelas complicações do parto como a apresentação anômala e o prolapso de cordão umbilical e pelas anomalias congênicas⁸.

Não existem elementos para o diagnóstico clínico precoce da gestação gemelar, mas sua suspeita é comum frente a alguns sinais e sintomas facilmente identificados nas consultas de pré-natal. Entre os mais importantes estão o grande aumento da altura de fundo uterino, que geralmente é discordante em relação à idade gestacional, a identificação de partes fetais simétricas durante a palpação abdominal e a detecção de 2 focos de batimentos cardíacos fetais através do

sonar-doppler¹. Atualmente, o emprego de rotina da ultrassonografia em obstetrícia tornou-se fundamental para o diagnóstico precoce de certeza da prenhez múltipla e de suas complicações, evitando cerca de 70% das mortes perinatais que ocorrem antes de 30 semanas de gestação. Além disso, a cardiotocografia anteparto e o perfil biofísico fetal têm grande valor⁴ no acompanhamento dessas gestações.

O manejo anteparto das gestações múltiplas e especialmente a escolha da via de parto mais adequada, consistem nas principais controvérsias quando se trata da gravidez gemelar¹⁷. A avaliação das condições maternas, da vitalidade dos fetos, seus pesos, idades estimadas, situações e apresentações, bem como suas relações entre si, permite a realização de um plano apropriado de vigilância e cuidados pré-natais, um manejo adequado das principais complicações materno-fetais e a escolha da melhor via de parto para cada caso, contribuindo para a redução dos riscos associados à prenhez gemelar. Deste modo, toda gravidez que cursa com a presença de mais de um concepto deveria receber atenção e conduta diferenciadas já que em grande parte desses casos estariam presentes diferentes tipos de complicações.

2. OBJETIVO

Devido à importância obstétrica das gestações gemelares, relacionada ao maior risco materno e perinatal, este estudo tem como objetivo avaliar os partos gemelares atendidos na maternidade do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago, nos seus primeiros 4 anos de existência, analisando sua incidência, as principais complicações maternas associadas, as condutas obstétricas no momento do parto e os resultados perinatais.

3. MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo clínico e transversal referente a 76 gestações gemelares atendidas por ocasião do parto na maternidade do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago, desde a sua inauguração, em 24 de outubro de 1995, até 24 de outubro de 1999.

A partir dos livros de registros anuais de nascimentos do centro obstétrico, foram selecionadas todas as pacientes com gestação múltipla, perfazendo um total de 83 casos, e posteriormente foi realizada a revisão de seus prontuários médicos no Serviço de Prontuários de Pacientes (SPP) do Hospital Universitário (HU). Também foi levantado o número total de partos realizados no mesmo período, visando a avaliação da incidência dos partos gemelares.

Sete pacientes foram excluídas do estudo, três delas por apresentarem prenhez tripla, três por não terem seus prontuários encontrados no SPP e uma por apresentar ambos os gemelares com peso ao nascimento inferior a 500g, considerados como abortamentos. Não foram excluídos os casos de monocorionia em que apenas um dos gemelares apresentou menos de 500g ao nascer e diferença ponderal de pelo menos 20% em relação ao outro gêmeo, devido à possibilidade de se tratar da síndrome de transfusão gêmeo-gemelar e não de abortamento.

Os dados obtidos foram anotados em um protocolo específico incluindo, entre as variáveis maternas, a raça, idade, número de gestações anteriores, idade gestacional, realização de pré-natal, patologias obstétricas associadas, relação entre as apresentações fetais, vias de parto utilizadas e suas indicações. Relacionados aos gemelares, foram coletados dados sobre ordem de nascimento, apresentação, peso ao nascer, corionia, vitalidade, complicações imediatas ao

nascimento e taxas de neo e natimortalidade.

O diagnóstico da gemelaridade e a identificação das apresentações fetais foram obtidos através do exame clínico obstétrico de admissão e de informações de exames ultrassonográficos realizados durante o pré-natal.

Os partos foram assistidos por um corpo clínico em regime de plantão, composto por dois médicos obstetras, um neonatologista e dois sextanistas desta universidade.

As pacientes foram consideradas primigestas quando não apresentaram história de gestação anterior, secundigestas quando uma gestação prévia era registrada e multigestas quando havia mais de uma gestação anterior.

A idade gestacional foi obtida através do histórico menstrual de cada paciente, considerando a data da última menstruação (DUM), de acordo com a regra de Nagele. Quando a DUM era desconhecida ou duvidosa, utilizou-se a idade gestacional estimada por ultrassonografia obstétrica, nos casos em que tal exame havia sido realizado precocemente. Quando não disponíveis tanto a DUM quanto a estimativa ultrassonográfica, utilizou-se a idade gestacional estimada do recém-nascido pelo método Capurro.

Foram considerados partos pré-termo aqueles ocorridos entre 22 semanas completas e 37 semanas incompletas de gestação e partos de termo aqueles acima de 37 semanas.

Considerou-se recém-nascido de baixo peso aqueles com menos de 2500g ao nascer, e de muito baixo peso aqueles com menos de 1500g.

A identificação da corionia dos gemelares foi realizada a partir de informações de exames ultrassonográficos antenatais.

Para a avaliação da vitalidade dos recém-nascidos, foram considerados vigorosos aqueles com índice de Apgar maior ou igual a 7 no 5º minuto, e deprimidos, aqueles com valores menores.

Foram considerados neomortos os gemelares que apresentaram óbito após o nascimento até os primeiros 28 dias de vida, e natimortos aqueles que apresentaram índice de Apgar zero no 1º e 5º minutos após o nascimento.

Entre as complicações neonatais imediatas ao nascimento, foram considerados como distúrbios respiratórios a doença da membrana hialina, apnéia, anóxia perinatal, entre outros, e tais diagnósticos foram realizados com base no quadro clínico e aspecto pulmonar característico dos exames radiográficos dos recém-nascidos.

Os dados foram analisados no programa estatístico informatizado Epi-Info 6 versão 6.04 e apresentados sob forma de tabelas.

4. RESULTADOS

No período correspondente aos 4 anos estudados, a maternidade deste Hospital Universitário realizou atendimento ao parto de 5465 gestantes, incluindo 80 gemeligestas (1,46%) e 3 gestações triplas (0,05%). Dentre as gemeligestas, 76 (95,0%) fizeram parte do grupo estudado, bem como seus 152 gemelares.

A idade materna variou de 16 a 42 anos, com média de 26 anos (Tabela I).

Tabela I: Distribuição das gemeligestas de acordo com a idade no momento do parto.

Idade (anos)	Número de casos	Frequência (%)
< 20	14	18,4
20 – 25	24	31,6
26 – 30	17	22,4
31 – 35	14	18,4
> 35	7	9,2
Total	76	100,0

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

A grande maioria das mães era da raça branca, correspondendo a 96,1% e apenas 3,9% eram negras. Quanto às gestações anteriores, a prenhez gemelar foi mais freqüente nas pacientes multigestas (Tabela II).

Tabela II: Distribuição das gemeligestas de acordo com o número de gestações anteriores no momento do parto.

Gestações anteriores	Número de casos	Frequência (%)
Primigestas	27	35,5
Secundigestas	20	26,3
Multigestas	29	38,2
Total	76	100,0

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

A idade gestacional variou de 24 a 43 semanas e sua distribuição está representada na tabela III.

Tabela III: Distribuição das gemeligestas de acordo com a idade gestacional no momento do parto.

Idade gestacional (semanas)	Número de casos	Frequência (%)
< 37	48	63,2
37 – 42	26	34,1
> 42	2	2,6
Total	76	100,0

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

A assistência pré-natal foi realizada por 90,8% de todas gemeligestas estudadas, sendo que 78,0% delas fizeram 4 consultas ou mais.

Em 38 pacientes, correspondentes a 50% dos casos, foram detectadas uma ou mais patologias do período gestacional (Quadro I). Não houve registro de óbito materno entre as pacientes incluídas neste estudo.

Quadro I: Frequência das complicações obstétricas associadas à prenhez gemelar.

Complicações	Número de casos	Frequência (%)
História de trabalho de parto prematuro	14	18,4
Infecção do trato urinário	11	14,4
Amniorrexe prematura	8	10,5
DHEG*	5	6,6
Anemia	5	6,6
Descolamento prematuro de placenta	5	6,6
Polidrâmnio	2	2,6
Outras	6	7,9
Ausentes/desconhecidas	38	50,0

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

* Doença hipertensiva específica da gestação

Dentre os 76 partos estudados, ocorreu apresentação céfalo-cefálica em 32 casos, céfalo-pélvica em 17 casos e pélvico-pélvica em 10 casos (Tabela IV).

Tabela IV: Distribuição das apresentações fetais dos gemelares no momento do parto.

Apresentação	Número de casos	Frequência (%)
Céfalo-cefálica	32	42,1
Céfalo-pélvica	17	22,4
Pélvico-pélvica	10	13,2
Pélvico-cefálica	8	10,5
Desconhecida	5	6,6
Outras	4	5,2
Total	76	100,0

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

O parto cesáreo foi realizado tanto para o primeiro quanto para o segundo gêmeo em 52 pacientes (68,4%) e ocorreu parto vaginal de ambos os gêmeos em 22 gestantes (28,9%). Apenas 2 pacientes (3,9%) tiveram um primeiro parto vaginal seguido por cesariana do segundo gêmeo (Tabela V).

Tabela V: Distribuição dos gemelares segundo a ordem de nascimento e a via de parto.

Via de parto	1º gemelar		2º gemelar	
	N	%	N	%
Normal	24	31,6	22	28,9
Cesáreo	52	68,4	54	71,1
Total	76	100,0	76	100,0

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

As principais vias de parto utilizadas variaram conforme as apresentações fetais (Tabela VI). Nas apresentações céfalo-cefálicas ocorreu parto normal em 43,7% e cesariana em 53,1% dos casos.

Nas apresentações céfalo-pélvicas, o parto normal ocorreu em 23,5% e a cesária em 75,5%. Nas demais apresentações houve apenas 18,5% de parto normal e os casos restantes foram terminados por operação cesariana.

Tabela VI: Distribuição das gemeligestas segundo as apresentações fetais e a via de parto.

Apresentação	Via de parto					
	Normal/Normal		Cesária/Cesária		Normal/Cesária	
	N	%	N	%	N	%
Céfalo-cefálica	14	63,6	17	32,7	1	50,0
Céfalo-pélvica	4	18,2	13	25,0	0	0,0
Pélvico-pélvica	1	4,5	9	17,3	0	0,0
Pélvico-cefálica	2	9,1	6	11,5	0	0,0
Desconhecida	1	4,5	3	5,7	1	50,0
Outras	0	0,0	4	7,7	0	0,0
Total	22	100,0	52	100,0	2	100,0

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

As principais indicações dos partos cesáreos são mostradas nas Tabelas VII e VIII.

Tabela VII: Indicações de parto cesáreo nas gestações gemelares.

Indicações	Número de casos	Frequência (%)
Apresentação anômala	21	38,9
Amniorrexe prematura	6	11,1
Gemelaridade	5	9,2
Distócia de trajeto	5	9,2
Doença hipertensiva específica da gestação	5	9,2
Descolamento prematuro de placenta	4	7,5
Sofrimento fetal agudo	3	5,6
Síndrome de transfusão gêmeo-gemelar	3	5,6
Outras	2	3,7
Nenhuma	38	50,0
Total	76	100,0

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

Tabela VIII: Indicações de parto cesáreo para os gemelares em apresentação céfalo-cefálica e céfalo-pélvica.

Indicação	Apresentação			
	Céfalo-cefálica		Céfalo-pélvica	
	N	%	N	%
Gemelar	5	27,8	0	0,0
Distócia de trajeto	4	22,2	0	0,0
Sofrimento fetal agudo	3	16,7	0	0,0
Amniorrexe prematura	3	16,7	1	7,7
STGG*	2	11,1	0	0,0
DHEG**	1	5,5	3	23,1
DPP***	0	0,0	2	15,4
Apresentação anômala	0	0,0	6	46,1
Outras	0	0,0	1	7,7
Total	18	100,0	13	100,0

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

* Síndrome de transfusão gêmeo-gemelar

** Doença hipertensiva específica da gestação

*** Descolamento prematuro de placenta

A análise dos pesos dos gemelares ao nascimento apresentou uma média de 2194g para o primeiro gêmeo e de 2090g para o segundo (Tabela IX), e ocorreu peso menor que 2500g em 104 casos (68,4%).

Tabela IX: Distribuição dos gemelares segundo a ordem de nascimento e o peso ao nascer.

Peso (gramas)	1º gemelar		2º gemelar	
	N	%	N	%
< 500	0	0,0	2	2,6
500 – 1000	4	5,3	5	6,6
1001 – 1500	8	10,5	6	7,9
1501 – 2500	38	50,0	41	53,9
> 2500	26	34,2	22	28,9
Total	76	100,0	76	100,0

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

Quanto à corionia, apenas em 34 casos (44,7%) foram encontradas informações ultrassonográficas que permitiram sua identificação, sendo que em 20 casos os gêmeos eram monocoriônicos (26,3%) e em 14 casos (18,4%), dicoriônicos. Os gêmeos apresentaram-se vigorosos ao nascimento em 94,7% dos casos, quando se tratava do primeiro gemelar. Quanto ao segundo gemelar, 88,1% deles eram vigorosos ao nascer (Tabela X).

Tabela X: Distribuição dos gemelares de acordo com a ordem de nascimento e o índice de Apgar do quinto minuto.

Índice de Apgar	1º gemelar		2º gemelar	
	N	%	N	%
< 7	4	5,3	9	11,8
≥ 7	72	94,7	67	88,2
Total	76	100,0	76	100,0

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

As complicações neonatais estiveram presentes em 125 dos 152 gemelares estudados (82,2%), ausentes em 27 casos (17,8%), e foram descritas no Quadro II. Apenas um dos 152 gemelares apresentou anomalia congênita (anencefalia) e não ocorreu a gemelaridade imperfeita em nossa casuística.

Quadro II: Frequência das complicações neonatais associadas aos partos gemelares.

Complicações	Número de casos	Frequência (%)
Baixo peso ao nascer	104	68,4
Prematuridade	96	63,2
Distúrbio respiratório	35	23,0
Neo ou natimortalidade	14	9,2
Infecção neonatal	6	3,9
Outras	30	19,7
Nenhuma	27	17,8

Fonte: Maternidade do HU/UFSC, 1995-1999.

Ocorreram 7 casos (4,6%) de natimortos e a neomortalidade foi encontrada com a mesma frequência, de forma que os 14 óbitos ocorridos neste estudo corresponderam a 9,21% dos gemelares. Entre os natimortos houve maior frequência da síndrome de transfusão gêmeo-gemelar (57,1%) e entre os neomortos, a doença da membrana hialina foi complicação em 85,7%. Em todos os casos de óbito ocorreram prematuridade e baixo peso ao nascer.

Os resultados não foram significativos estatisticamente devido à pequena amostra de pacientes.

5. DISCUSSÃO

A gestação gemelar apresenta uma incidência mundial de aproximadamente 1,13%⁹ e os partos gemelares alcançam maiores índices na África, onde variam de 1,5 a 4,0%, sendo mais comuns entre os nigerianos^{10,14,19}. Na Europa esta incidência geralmente é menor, e na Alemanha e França os índices variam de 1,3 a 1,53%¹⁸. No presente estudo observamos que a gemelaridade esteve presente em 1,46% dos partos ocorridos no período analisado, o que representa um índice inferior aos africanos mas coincidente com os europeus.

A raça materna determina variação na frequência da prenhez gemelar, havendo maior incidência entre as mulheres da raça negra que nas brancas^{2,8,9}. Em nosso estudo, a grande maioria das pacientes eram brancas e este fato dificultou a avaliação da raça como fator predisponente à gemelaridade.

Existem outros fatores que aumentam a ocorrência da gestação gemelar e, segundo estudos de Waterhouse¹⁹, é comum uma maior frequência com o avanço da idade materna até aproximadamente 40 anos e com a paridade até a sétima gestação. Num estudo brasileiro, Coelho e Barboza¹² obtiveram maior incidência nas pacientes com mais de 30 anos (33,3%) e mostraram um índice elevado de pacientes multigestas (68,2%). Observamos em nossa casuística uma maior frequência de partos gemelares em pacientes com 20 a 30 anos (54,0%) e apenas 27,6% acima de 30 anos, com uma taxa de 38,2% de multigestas, diferente dos dados da literatura, já que a maioria das pacientes analisadas em nosso estudo (61,8%) era primigesta ou secundigesta.

Segundo Reece e cols⁸, cerca de 50% dos gêmeos são partejados antes de 37 semanas, o que corresponde a 12 vezes o valor encontrado para as gestações únicas. Em estudos brasileiros, como o levantamento realizado no Hospital das

Clinicas de Porto Alegre, de 1992 a 1996, houve uma idade gestacional média de 33 semanas³. Estes valores foram maiores em nosso estudo, onde a prematuridade atingiu importante índice de 63,2% dos casos, com uma média de 35,2 semanas de gestação, devido principalmente ao trabalho de parto prematuro, sendo interessante observar que em 2 casos ocorreu a pós-maturidade (idade gestacional acima de 42 semanas).

Um plano apropriado de cuidado pré-natal pode detectar e modificar várias origens potenciais de morbimortalidade materno-fetal associadas com as gestações gemelares³. A qualidade desse tipo de assistência pode ser considerada inadequada quando menos de 4 consultas são realizadas¹⁶. Existem poucos dados na literatura sobre este tema, mas podemos observar que a assistência pré-natal tem sido realizada em 8,0 a 73,2% das gemeligestas nigerianas^{15,18} e, em nosso estudo, 90,8% das gemeligestas receberam tal assistência, sendo que 78,0% realizaram mais de 4 consultas e apenas 9,2% não tiveram qualquer tipo de cuidado médico pré-parto.

De acordo com Garcia e cols¹³, as modificações gravídicas costumam ser mais acentuadas nas gemeligestas, determinando sintomatologia mais exuberante. Além disso, há uma maior incidência das patologias obstétricas nestas gestações. Em seu estudo, Garcia e cols verificaram uma maior frequência de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), que ocorreu em 28,8% dos casos, seguida pelo trabalho de parto prematuro (15,5%), amniorrexe prematura (12,5%) e infecção do trato urinário (3,7%). Estes resultados foram equivalentes aos relatados em outros estudos, que citam como patologias mais comuns a DHEG, amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro, infecção do trato urinário, anemia, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, hemorragia pós-parto, polidrâmnio, entre outros^{1,12,15}. Segundo Rezende¹, a incidência da DHEG nas gestações gemelares apresenta índices variáveis em diferentes estudos, que

vão de 8 a 48%, e tal fato se deve à diversidade de critérios diagnósticos, mas entre todas estas estatísticas, há uma maior frequência nas prenhez múltiplas que nas únicas. O trabalho de parto prematuro, infecção do trato urinário, amniorrexe prematura e DHEG foram as complicações obstétricas ocorridas com maior frequência entre as gemeligestas de nosso estudo.

A relação mais comum entre as apresentações fetais no termo é a céfalo-cefálica, seguida pela céfalo-pélvica e pélvico-pélvica¹⁷. Segundo Thompson²⁰, 38,6% das gestações gemelares têm apresentação céfalo-cefálica, 25,5% céfalo-pélvica, 13,1% pélvico-cefálica e 9,2% pélvico-pélvica. Coelho e Barboza¹² notaram que em 44,8% dos casos estudados a apresentação foi céfalo-cefálica e céfalo-pélvica em 22,8%, porém, a apresentação pélvico-pélvica (13,3%) foi mais freqüente que a pélvico-cefálica (5,7%) e esta proporção foi equivalente em nosso estudo.

Estudos brasileiros revelam que o parto utilizado com maior frequência nas gestações gemelares é o cesáreo, como indica a taxa de 48% de operações cesarianas observada por Costa e cols²¹. Já estudos realizados no continente africano mostram taxas menores, que variam de 9,2 a 22,0%^{14,15,19}. Em nosso estudo as operações cesarianas apresentaram frequência muito elevada em relação aos dados previamente expostos, e corresponderam a 69,7% das condutas, não sendo justificadas por maiores indicações fetais, já que o sofrimento fetal agudo contribuiu com apenas 5,6% de todas as indicações. O parto vaginal foi realizado somente em 30,2% dos casos e não houve utilização de outra via ou manobra durante o nascimento dos gêmeos.

A escolha da via de parto mais adequada nas gestações duplas depende principalmente da apresentação fetal, de seus pesos estimados e da sua vitalidade¹⁷. Quanto às apresentações céfalo-cefálicas, embora não haja controvérsia quanto à escolha do parto vaginal para ambos os gêmeos²², ainda se

questiona sobre o seu sucesso, o tempo apropriado entre os nascimentos do primeiro e segundo gêmeos e o manejo em caso de parto pré-termo. O índice de sucesso para o parto vaginal nas apresentações céfalo-cefálicas é de 70 a 80% e a escolha desta via ocorre em cerca de 72,6% das gestações gemelares. Em aproximadamente 20,2% das gemeligestas a operação cesariana é realizada para ambos os fetos e cerca de 5,1% delas têm parto vaginal do primeiro gêmeo, seguido por cesariana do segundo¹⁷. No presente estudo, os casos de apresentação céfalo-cefálica tiveram uma frequência de 43,7% de parto vaginal para ambos os gêmeos, de 53,1% de cesariana para o primeiro e segundo gemelar e apenas 3,1% tiveram parto vaginal do primeiro gemelar seguido por parto cesáreo do segundo.

Quando um ou ambos os gêmeos estão em apresentação diferente da cefálica, há maior frequência de trauma no parto e asfixia¹², e, além disso, os gêmeos pélvicos têm mortalidade três vezes mais elevada que os cefálicos¹. Assim, o principal tema controverso da literatura referente aos partos gemelares é a conduta frente às apresentações céfalo-pélvicas^{4,17,22}. O parto cesáreo do segundo gemelar após um parto vaginal do primeiro gêmeo é uma opção atualmente aceita por muitos autores para todas as apresentações céfalo-pélvicas⁸, porém permanece questionável. Estudos mais recentes mostram que o parto vaginal do segundo gemelar pélvico pesando mais de 1500g pode ser opção segura desde que sejam respeitados os mesmos critérios para partos pélvicos em gestações únicas¹⁷. Em nosso estudo foram observados, entre os 17 casos de apresentação céfalo-pélvica, 76,5% de cesariana para ambos os gemelares, 23,5% de parto vaginal tanto para o primeiro quanto para o segundo gêmeo e não houve combinação de parto vaginal seguido de cesária.

Nas pacientes com o primeiro feto pélvico deve-se realizar cesariana devido à possibilidade do engavetamento entre os gêmeos^{4,17}. Entre os casos

semelhantes encontrados em nossa casuística, ocorreu parto vaginal do primeiro gemelar em 37,5% (3 casos) e em 62,5% (5 casos) foi realizada a operação cesariana.

Stone e cols¹⁷, ao realizar uma revisão da literatura sobre tópicos controversos no manejo intra-parto, propuseram algumas recomendações: em certas condições, o parto cesário seria rotineiramente indicado, como nos gêmeos acolados, placenta prévia, gêmeos monoamnióticos e presença de anomalias congênitas. Também são recomendados partos cesáreos na presença de sofrimento fetal agudo, descolamento prematuro de placenta, prolapso de cordão, coexistência de complicação obstétrica materna e, talvez, nas apresentações diferentes da céfalo-cefálica⁴. A apresentação anômala foi responsável por 51,9% de todas as indicações de cesariana verificadas em nosso estudo, e quando se tratava de apresentação céfalo-cefálica, a distócia de trajeto, o sofrimento fetal agudo e a amniorrexe prematura, contituíram as principais indicações. Já nas apresentações céfalo-pélvicas, a principal indicação da cesariana foi o fato desta ser considerada como apresentação anômala, seguido pela doença hipertensiva específica da gravidez e pelo descolamento prematuro de placenta.

A frequência de baixo peso em crianças de gestações múltiplas chega a ser 10 vezes mais elevada que em conceptos de partos únicos¹⁸, e este fato decorre principalmente da prematuridade, mas também ocorre nos partos de termo e nos quadros de síndrome de transfusão gêmeo-gemelar (STGG)¹³. Cerca de 50% das gestações gemelares resultam em neonatos com baixo peso, comparado com menos que 10% em gestações únicas³. Existem estudos brasileiros com taxas de 58,0%¹³ e até 71,1%²³ de baixo peso entre os gemelares, e em nosso estudo 68,4% dos recém-nascidos apresentaram peso menor que 2500g ao nascer.

A importância da determinação da corionia nas gestações gemelares vincula-se à morbimortalidade fetal, pois, na monocorionia o risco de morte intra-

uterina após 20 semanas é três vezes maior que na dicorionia. Este maior risco é atribuído principalmente à STGG²³, que complica 20% das prenhez monócoriônicas, porém, em muitos casos de gemelaridade, a determinação do sexo fetal e o exame do ovo não permitem o reconhecimento da corionia¹. Deste modo, existem estudos que mostram que cerca de 45% dos gêmeos não são classificados até que se realizem estudos de grupo sanguíneo ou mapeamento de DNA^{1,8}. Em nosso estudo, 55,3% dos gêmeos não tiveram identificação da corionia, o que dificultou a avaliação deste dado como fator de risco entre os gemelares.

Num estudo brasileiro, Garcia e cols¹³ utilizaram o índice de Apgar aos 5 minutos como indicador para avaliação das condições do recém-nascido por ocasião do parto e verificaram que os valores mostraram-se semelhantes ao da população geral, tanto para o 1º quanto para o 2º gêmeo, sendo menor que 7 em 8,1% dos gemelares. Tais resultados são próximos aos encontrados em nosso estudo, onde o Apgar foi menor que 7 em 8,5% dos recém-nascidos.

Apesar de existirem vários recursos terapêuticos disponíveis ao obstetra para bloquear o trabalho de parto prematuro, os principais riscos perinatais estão associados a esta complicação^{6,21}. Um grande número de estudos mostra que a prematuridade é a complicação mais freqüente (13,9%) da gestação gemelar, e é uma importante causa de mortalidade perinatal. No estudo realizado por Coelho e Barboza¹², cerca de 45,7% dos recém nascidos eram prematuros. Em nosso estudo a prematuridade alcançou índice muito elevado, correspondendo a 63,2% dos casos, porém, o baixo peso foi um pouco mais prevalente, ocorrendo em 68,4% dos casos, como relatado anteriormente. Dentre as demais complicações neonatais associadas à gemelaridade, vale ressaltar a incidência dos distúrbios respiratórios, que estiveram presentes em 40% dos casos verificados por Costa e cols²¹ e, em nosso estudo, estiveram presentes em 23,0% dos casos. Apenas um

caso de anomalia congênita foi observado em nosso estudo. Interessante observar que não relatamos a presença de gemelaridade imperfeita, visto que a gemelogênese favorece anomalias de desenvolvimento principalmente quando tardias, nos tipos monoamnióticos (diplopagus e heteropagus)¹. A literatura mostra que a incidência da gemelaridade imperfeita é baixa, variando de 1 em 33000 a 1 em 165000 nascimentos⁴.

Quanto à mortalidade entre os gemelares, Newman¹⁶ verificou que os principais determinantes de mortalidade neonatal foram o baixo peso ao nascer e a prematuridade. Coelho e Barboza¹² verificaram um índice de 3,8% de neo e natimortalidade, sendo que em todos os casos o peso foi menor que 2000g e a idade gestacional foi inferior a 37 semanas. Costa²¹ verificou neo e natimortalidade em 17,8% dos casos que estudou e relacionou a prematuridade como principal fator contribuinte para o pior prognóstico. Em nosso estudo, os neo e natimortos corresponderam a 9,21% dos gemelares, todos nasceram antes de 37 semanas e pesaram menos de 2860g, portanto, estes dados estão de acordo com a literatura brasileira já referida.

6. CONCLUSÃO

Os partos gemelares assistidos na maternidade do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago, nos seus primeiros 4 anos de existência, apresentaram uma incidência de 1,46%.

As complicações obstétricas estiveram presentes em 50% das gemeligestas, sendo mais freqüentes a história de trabalho de parto prematuro, infecção do trato urinário, amniorrexe prematura e doença hipertensiva específica da gravidez.

Apenas 30,3% de todas as pacientes tiveram parto normal e a cesariana foi realizada em uma grande porcentagem dos casos, correspondente a 69,7%. As principais indicações de cesariana foram a apresentação anômala, a amniorrexe prematura, a própria gemelaridade, as distócias de trajeto e a doença hipertensiva específica da gravidez.

Ocorreram complicações perinatais em 82,2% dos gemelares, com maior freqüência de baixo peso ao nascer (68,4%) e prematuridade (63,2%), seguidos pela presença de distúrbios respiratórios (23%). Foram registrados óbitos de 14 gemelares, sendo 7 natimortos e 7 neomortos, compreendendo um índice de 9,1% de neo e natimortalidade.

7. REFERÊNCIAS

1. Rezende J. Gemelidade. In: Rezende, J. Obstetrícia, 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 873-907.
2. Urbanetz AA, Cardoso, IE. Gestação múltipla. Atualização. Femina, 1998; 26(4):273-7.
3. Costa SHM, Ramos JGL, Filho JSLC, Souza CAB. Gemelaridade. In: Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia, 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 139-43.
4. Knuppel RA, Drukker JE. Gêmeos e outras gestações múltiplas. In: Knuppel RA, Drukker JE. Alto Risco em Obstetrícia. Um enfoque multidisciplinar, 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 355-83.
5. Modotte WP, Dias R, Lima CDC. Síndrome de transfusão feto-fetal. Rev Bras Ginec Obstet, 1997; 19(3):223-6.
6. Oliveira TA, Souza E, Camano L. Prevenção do parto prematuro na prenhez gemelar. G O Atual, 1998; 1/2:10-7.
7. Westergaard T, Wohlfahrt J, Aaby P, Melbye M. Population based study of rates of multiple pregnancy in Denmark, 1980-94. B M J, 1997; 314:775-9.
8. Reece EA, Hobbins JC, Mahoney MJ, Petrie RH. Gravidezes multifetais: epidemiologia, características clínicas e manejo. In: Reece EA, Hobbins JC, Mahoney MJ, Petrie RH. Compêndio de medicina fetal e materna. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 41-51.
9. Behrman RE. Gestações múltiplas. In: Behrman RE. Nelson. Tratado de pediatria, 15ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 527-9.

10. Revenis ME, Johnson LA. Multiple gestations. In: Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG. Neonatology: Pathophysiology and management of the newborn, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 1994. p.417-24.
11. Luke B, Minogue J, Witter FR, Keith LG, Johnson TRB. The ideal twin pregnancy: patterns of weight gain, discordancy, and length of gestation. *Am J Obstet Gynecol*, 1993; 169(3):588-97.
12. Coelho FLF, Barboza O. Gravidez gemelar. Estudo clínico. *J Bras Ginec*, 1987; 97(10):537-42.
13. Garcia SAL, Lippi UG, Lima FAS, Barbosa APG, Barragan AM, Grabert HH. Gravidez múltipla como fator de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 1993; 3:109-13.
14. Novais DA, Cunha SP, Duarte G, Ferriani RA, Nogueira AA. Gestação múltipla com óbito de um gêmeo. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 1999; 21(4):223-6.
15. Jessa EO. Twin pregnancy and perinatal deaths. *J Obstet Gynaecol*, 1998; 18(4):336-40.
16. Newman RB, Mauldin JG, Ebeling M. Risk factors for neonatal death in twin gestations in the state of South Carolina. *Am J Obstet Gynecol*, 1999; 180:757-62.
17. Stone J, Eddleman K. Controversies in the intrapartum management of twin gestations. *Clin Obstet Gynecol*, 1999; 26(2):198-207.
18. Kouam L, Kamdom-Moyo J, Doh AS, Ngassa P, Salihu HM. Outcome of twin deliveries at the university teaching hospital, Yaound, Cameroon-A 15-year experience. *J Obstet Gynaecol*, 1998; 18(4):340-5.
19. Waterhouse JAH. Twinning in twin pedigrees. *Br J Soc Med*, 1950; 4:197.
20. Thompson SA. Outcome of twin gestations at the university of Colorado health Sciences Center. *J Reprod Med*, 1987; 32:328.

21. Costa HLFF, Rocha ACO, Galvão AF, Souza JA, Rigaard ACO, Costa LOBF. É pior o prognóstico do segundo gemelar? Rev Bras Ginecol Obstet, 1998; 20(5):261-4.
22. Boggess KA, Chisholm CA. Delivery of the nonvertex second twin: A review of the literature. Obstet Gynecol Surv, 1997; 52(12):728-35.
23. Sebire NJ, Snijders RJM, Hughes K, Sepulveda W, Nicolaides KH. The hidden mortality of monochorionic twin pregnancies. Br J Obstet Gynaecol, 1997; 104:1203-7.

NORMAS ADOTADAS

As normas adotadas para a digitação, configuração das margens, paginação e formatação do trabalho, seguem a resolução nº 001/99 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, e a digitação das referências segue a Convenção de Vancouver, de acordo com a 5ª edição dos “Requisitos Uniformes para originais submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, com algumas adaptações segundo a resolução nº 001/99 supracitada.

RESUMO

A gemelaridade representa aproximadamente 1,13% de todas as gestações, é responsável por um importante risco materno e fetal, e contribui para cerca de 10% do obituário perinatal.

Este estudo avaliou a incidência, as complicações maternas, as condutas obstétricas, e os resultados perinatais dos partos gemelares atendidos na Maternidade do Hospital Universitário - HU/UFSC.

Foi realizado um estudo retrospectivo de 76 gestantes e 152 gemelares atendidos entre 24 de outubro de 1995 e 24 de outubro de 1999, correspondendo a 1,46% do total de partos. As mães eram em sua maioria brancas, com 20 a 30 anos, multigestas e haviam realizado pré-natal. As complicações obstétricas acometeram 50% delas, com maior frequência de trabalho de parto prematuro e infecção do trato urinário. Optou-se por cesariana em 69,7% dos casos, tendo como principais indicações a apresentação anômala seguida por amniorrexe prematura, gemelaridade, distócia de trajeto e doença hipertensiva específica da gravidez, porém, na apresentação céfalo-cefálica, a principal indicação foi a própria gemelaridade (27,8%). Em 82,2% dos gemelares ocorreram complicações como baixo peso ao nascer (68,4%), prematuridade (63,2%), distúrbios respiratórios (23%) e óbito (9,1%).

O alto risco da gestação gemelar levou a complicações obstétricas e perinatais em metade das gestantes e na grande maioria dos gemelares estudados, entre os quais a prematuridade e o baixo peso foram muito importantes. Houve elevada taxa de cesária devido principalmente às apresentações anômalas, e, nas apresentações céfalo-cefálicas, devido à própria gemelaridade.

SUMMARY

The twinning represent approximately 1,13% of all pregnancies, account for a important maternal and fetal risk, and contribute for about 10% of perinatal obituary.

This study evaluated the incidence, maternal complications, obstetric management and perinatal results of the twin deliveries assisted in the Maternity of the University Hospital – HU/UFSC.

A retrospective study was conduced in 76 twin pregnant women and 152 twins assisted from October 24, 1995 to October 24, 1999, corresponding to 1,46% of all twin births. Most of the mothers were white, between 20 and 30 years, multiparous and had accomplished prenatal. The obstetric complications attacked 50% of them, with larger frequency of preterm labour (18,4%) and urinary tract infection (14,4%). Cesarean section was opted in 69,7% of the cases, having as the main indication the malpresentation, followed by the premature rupture of membranes, twinning, difficult delivery and pregnancy-induced hypertension, however, in the vertex-vertex presentation, the main cesarean section indication (53,1%) was the twinning itself (27,8%). In 82,2% of the twins occurred complications like low birh weight (68,4%), prematurity (63,2%), breathing disturbances (23%) and death (9,1%).

The high risk of twin pregnancies lead to obstetrics and perinatal complications in a half of pregnant woman and in the most of twins studied, in wich the prematurity and low birth weight was very important. There was a high cesarian section rate due to malpresentation, and, in a vertex-vertex presentation, due to twinning itself.

APÊNDICE

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

CASO N° :

N° DO PRONTUÁRIO:

DADOS MATERNOS:

> NOME:
> IDADE:
> RAÇA:
> PROCEDÊNCIA:
> ESTADO CIVIL:
> PARIDADE ↳ Gesta
↳ Para
↳ Aborto
> PRÉ-NATAL ↳ CONSULTAS
↳ INTERCORRÊNCIAS
> DUM:

DADOS DOS GEMELARES:

	RN 1	RN 2	
> DATA DE NASCIMENTO			
> IDADE GESTACIONAL ↳ DUM			
↳ USG			
> SEXO			
> APRESENTAÇÃO			INDICAÇÃO
> TIPO DE PARTO			
> APGAR (1º E 5º MINUTOS)			
> PESO AO NASCER			
> ORDEM DE NASCIMENTO			
> TEMPO ENTRE OS NASCIMENTOS			
> COMPLICAÇÕES			
> MORTALIDADE/CAUSA			
> CORIONIA			
> DESTINO			

**TCC
UFSC
TO
0291**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0291

Autor: Ferandes, Tatiana

Título: Análise dos partos gemelares rea



972813330

Ac. 254421

Ex.1 UFSC BSCCSM